

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921 - 1922

N° 105

DU

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

et en particulier de sa forme multiloculaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 juillet 1922

PAR

Andréa GOÏKOVITCH

Né à Valiévo (Serbie), le 1^{er} août 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	Président.
		POUSSON, professeur.....	{ Juges.
		DUVERGEY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOILLÈRE, 17

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921 - 1922

N° 105

DU

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

et en particulier de sa forme multiloculaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 juillet 1922



PAR

Andréa GOÏKOVITCH

Né à Valiévo (Serbie), le 1^{er} août 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	Président.
		POUSSON, professeur	{ Juges.
		DUVERGEY, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie...	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale...	FERRÉ.
Clinique chirurgicale...	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCÉ
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique...	BÉGOIN.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	RIVIÈRE.	Clinique médicale des mala- dies des enfants.....	
Anatomie pathologique et microscopie clini- que.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médi- cale.....	MOUSSOUS.
Anatomie.....	PILQUÉ.	Physique pharmaceutique...	DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et cli- nique des maladies exoti- ques.....	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.		LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques....	W. DUBREUILH.
Médecine légale et déon- tologie.....	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique des maladies ner- veuses et mentales.....	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie.....	MOURE.
Botanique et matière mé- dicale.....	BEILLE.	Toxicologie et hygiène appli- quée.....	BARTHE.
Pharmacie.....	DUPOUY.		
	MM. PRINCETEAU	— GUYOT. — LABAT.	

MM. PRINCETEAU — GUYOT. — LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.		
Anatomie et embryolo-	{	N.	Médecine générale.....	{	LEURET.
gie.....		N.			DUPERIE.
Histologie.....	{	LACOSTE (chargé).	Maladies mentales.....	{	GREYX.
Physiologie.....		DELAUNAY.	Médecine légale.....		MICHELEAU.
Anatomie pathologique.	{	MURATET.		{	PERRENS.
Parasitologie et sciences		R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale.....		LANDE.
naturelles.....	{	N.		{	ROCHER.
Physique biologique et					DUVERGEY.
médicale.....	{	RÉCHOU.		{	PAPIN.
Chimie biologique et					Obstétrique.....
médicale.....	{	N.	Ophtalmologie.....	{	FAUGÈRE.
Médecine générale.....		PETGES.	Pharmacie.....		TEULIERES.
	{	J. CARLES.		{	N.
		MAURIAC.			

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....	MM.	CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....		PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....		CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....		ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....		SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.		LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....		RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....		PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....		MAURIAC.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les acciden-		
tés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....		ROCHER.
Cours complément ^{re} annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{lle}		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES AINÉS ET A MES BELLES-SŒURS

A MON JEUNE FRÈRE ILIYA

Étudiant en droit à l'Université de Belgrade.

A MON MEILLEUR CAMARADE ET AMI

MONSIEUR MILOÏKO MIR. DOUGNITCH

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

C'est avec un plaisir mêlé de mille regrets que nous allons quitter la France où, durant six ans de notre séjour, nous avons puisé dans la Faculté et les Hôpitaux de Bordeaux des connaissances précieuses et l'amour de notre profession.

Nous accomplissons un devoir bien impérieux, mais bien doux aussi, en remerciant ici tous ceux qui nous ont aidé à la longue et difficile tâche que nous a imposée notre éducation médicale.

Nos remerciements seront bien loin d'épuiser notre reconnaissance et fort souvent notre pensée se reportera, au loin de chez nous, vers la France et plus particulièrement vers la Faculté et les Hôpitaux de Bordeaux où nous avons vu de beaux exemples de labeur infatigable et vu aussi d'inlassables dévouements.

Nous allons regagner nos foyers, sur les bords du Danube bleu et de la Save, où nous allons professer parmi les nôtres l'amour pour la France, notre seconde Patrie, si accueillante pour nous aux jours les plus sombres de notre vie nationale. Nous n'oublierons jamais qu'il nous faut être fiers d'avoir été les élèves de la science et du génie français, lumière du monde, et heureux d'être sortis de cette école bordelaise, digne représentante de ce noble art qu'est la médecine.

Notre reconnaissance va d'abord à notre éminent maître, M. le professeur Chavannaz, chez qui nous avons fait notre stage hospitalier et dont l'enseignement clinique nous a été des plus profitables. Nous ne saurions trop le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de remplir un devoir en remerciant

aussi de tout cœur notre maître, M. le professeur agrégé Duvergey, pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé. C'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse inaugurale, et c'est grâce à ses conseils éclairés que notre travail a pu être mené à bonne fin.

Nous n'oublions pas d'apporter ici un pieux et respectueux hommage à notre regretté maître, M. le professeur Gentes, dont la vie et la mort resteront pour nous un sublime exemple de dévouement et de sacrifice pour la science.

Enfin, à tous nos amis et camarades français, que nous quittons avec regrets, nous adressons nos meilleurs souvenirs.

D U

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

ET EN PARTICULIER DE SA FORME MULTILOCULAIRE

INTRODUCTION

En dépit de nos recherches, il nous apparaît qu'une étude de phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire n'a pas constitué jusqu'à aujourd'hui un travail particulier et séparé de la définition générale des phlegmons périnéphrétiques. Sur ce dernier sujet ont paru de nombreux travaux au cours du siècle dernier déjà et surtout ces dernières années.

Dans notre travail, nous apporterons quelques observations sur cette forme du phlegmon périnéphrétique. Les deux premières sont dues à la bienveillante obligeance de notre maître, M. le professeur agrégé Duvergey. Les autres sont empruntées à différents auteurs.

Nous pensons qu'il serait nécessaire, avant d'aborder le sujet même de cette affection, d'exposer brièvement le plan général de notre travail. En commençant par un court aperçu historique,

nous continuerons avec l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, l'évolution clinique, le pronostic et le traitement, en nous occupant surtout du traitement chirurgical, seul moyen auquel on doit recourir pour obtenir une prompte guérison.

Nous savons que notre travail de thèse ne peut pas constituer un sujet complet et définitif sur la question des phlegmons périnéphrétiques, mais nous désirons surtout attirer l'attention des cliniciens sur cette particularité de forme multiloculaire du phlegmon périnéphrétique. Le praticien se heurte à des difficultés souvent considérables, car si le diagnostic de phlegmon périnéphrétique en général est relativement facile, il lui est impossible d'apporter de plus grandes précisions sur sa forme, par un simple examen clinique. Ce n'est, le plus souvent, qu'au cours d'une intervention chirurgicale qu'il pourra en faire la découverte, et encore il faut que son esprit s'y attache, car c'est de ce diagnostic anatomo-pathologique que résulteront les bons ou les mauvais résultats opératoires et le pronostic de cette affection.

Historique.

Le phlegmon périnéphrétique est une affection très anciennement connue, et la liste des auteurs ayant publié des observations de périnéphrites primitives ou secondaires à une affection des organes voisins serait très longue à établir. Il faudrait remonter à Hippocrate et descendre jusqu'à nos jours, sans oublier d'y citer nos maîtres bordelais.

Comme on le voit, la connaissance, sinon l'étude approfondie de la périnéphrite suppurée, est de date très ancienne; mais c'est à Rayer que nous devons la première étude d'ensemble qui en réunissait les documents épars parus avant lui.

C'est encore à Rayer, à son travail, *Traité des maladies des reins*, paru en 1839, que nous devons le nom de périnéphrite et son introduction dans la nomenclature médicale. Le travail de Rayer, très sérieux d'ailleurs, ne fut pourtant pas remarqué et il fallut à la périnéphrite des parrains illustres pour s'inscrire sur le registre des maladies reconnues.

Ce sont les travaux de Demarquay, de Gueneau de Mussy, de Chassaignac, de Trousseau, etc., qui complétèrent cette œuvre de Rayer par leurs leçons cliniques ou les observations réunies par leurs élèves. Ce sont surtout les admirables leçons de Trousseau qui donnent une description du phlegmon périnéphrétique à laquelle nous-même, aujourd'hui, n'avons pas grand'chose à retrancher ou à ajouter.

A la suite des précédents, Lanceraux, Le Dentu, dans son traité magistral des *Affections chirurgicales des reins*, apportè-

rent de nouvelles données et élargirent le cadre des périnéphrites qu'on limitait trop volontiers à l'étude des phlegmons et des abcès périnéphrétiques.

C'est à Tuffier, Albarran, Lejars que nous devons nos connaissances complètes sur l'histoire étiologique, anatomo-pathologique et bactériologique de l'affection sur de nouvelles bases et avec les données modernes.

A l'étranger, en Allemagne principalement, de nombreux et importants travaux ont été faits aussi depuis une trentaine d'années. Nous ne ferons que signaler Küster et Maas qui ont apporté des études d'ensemble du plus haut intérêt, notamment par les classifications méthodiques et les statistiques imposantes comme chiffres qu'ils ont produites.

De réels progrès ont été ainsi réalisés peu à peu dans la notion des causes restées longtemps imprécises et dans le groupement de faits si disparates et si différents les uns des autres qui se côtoyaient naguère dans le même chaos. Mais beaucoup de points restent encore obscurs cependant dans cette question des phlegmons périnéphrétiques éminemment complexe et difficile.

Étiologie.

Les phlegmons périnéphrétiques sont des inflammations suppuratives de l'atmosphère cellulo-graisseuse qui entoure le rein. Ils sont d'aspect et de signification divers et, suivant une vieille division classique, on les classe en deux grands groupes :

- a) Phlegmons de causes locales ;
- b) Phlegmons de causes générales.

Ou encore, nous trouvons dans l'étiologie des phlegmons périnéphrétiques des causes prédisposantes et des causes déterminantes. Nous allons prendre cette dernière division qui nous semble être plus logique et surtout plus pratique.

Causes prédisposantes. — Elles sont surtout liées à la constitution anatomique de la région, à la plus ou moins grande quantité de graisse contenue dans l'enveloppe périrénale.

L'âge ne joue aucun rôle. Le phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire peut survenir chez n'importe quel sujet et à tout âge. Chez les enfants, les filles semblent, d'après les observations que nous avons pu consulter, plus exposées que les garçons. Hallé (Thèse de Paris, 1863) l'avait nié chez les enfants, mais à cette époque on ne connaissait guère qu'une variété clinique de phlegmon périnéphrétique, trop longtemps considéré comme une sorte d'entité morbide, localisé autour du rein dont on ignorait le pourquoi et le comment.

Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant a fait l'objet d'un travail de thèse important de Nègre qui donne les principaux cas publiés (Thèse de Montpellier, 1902-1903).

Les professions ont une influence bien peu marquée sur la production du phlegmon périnéphrétique. Observons toutefois que les gens exerçant un métier qui expose aux traumatismes, à des refroidissements brusques et fréquents, ou bien au froid humide, trouvent dans leur profession des conditions favorables au développement de la maladie.

Chez l'adulte, au contraire, c'est le sexe masculin qui est le plus souvent atteint de phlegmon périnéphrétique. Küster, qui a pu réunir 230 cas, a montré, en effet, que l'affection est deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme : 140 hommes et 68 femmes.

Depuis que l'infection puerpérale est pour ainsi dire supprimée, l'homme, malgré le moindre développement de l'atmosphère graisseuse périrénale chez lui que chez la femme, est plus exposé qu'elle à la périnéphrite; les traumatismes jouant un rôle important dans l'étiologie du phlegmon périnéphrétique, la chose est aisée à comprendre.

Pour se rendre compte des différentes causes du phlegmon périnéphrétique, nous empruntons le tableau de Küster qui est très instructif et qui porte sur 230 cas de périnéphrites supprimées :

1° Contusions et traumatismes divers	67 cas.
2° Suppurations rénales.....	59 »
3° Fièvre puerpérale.....	7 »
4° Perforation typhique.....	6 »
5° Appendicite	3 »
6° Abscess du foie et de la vésicule biliaire.....	3 »
7° Pleurésie et pneumonie	2 »
8° Perforation du côlon.....	2 »
9° Inflammations à la suite d'opérations sur l'arbre génito-urinaire, le rectum, le péritoine; psôitis, constipation, suppurations diverses et causes incon- nues	81 »
TOTAL.....	230 cas.

Comme cause prédisposante, nous pourrions encore citer l'arthritisme, qui joue un grand rôle dans la production des

concrétions calcaires dans l'appareil urinaire. Beaucoup de phlegmons périnéphrétiques sont, en effet, dus à la formation de suppurations rénales déterminées par la présence de calculs dans le rein, dans le bassinot ou dans l'uretère.

Les deux reins sont envahis indifféremment, avec une fréquence plus marquée cependant pour le rein gauche dans plusieurs statistiques (Herszky, *Central f. Grenzgeb. de med. und chir.*, 1903).

Dans quelques cas rares, on a signalé des phlegmons périnéphrétiques bilatéraux.

Causes déterminantes. — La division donnée par Rayer, dans son *Traité des maladies des reins*, en périnéphrites primitives et en périnéphrites secondaires reste la meilleure ; mais il faut bien préciser les termes :

On a donné le nom de phlegmons périnéphrétiques primitifs à ceux pour lesquels on ne trouve pas de cause locale nette, à ceux qui n'apparaissent pas sous la dépendance d'une lésion rénale ou d'une lésion des organes voisins, abdominaux ou thoraciques. Donc, sous le nom de phlegmon périnéphrétique primitif, on entend une suppuration née d'emblée dans l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein et ne provenant pas d'une propagation du voisinage, cliniquement appréciable chez un individu paraissant en bonne santé.

Au contraire, les périnéphrites suppurées secondaires proviennent le plus souvent d'une lésion du voisinage. Ce n'est, en somme, que la propagation d'une suppuration à distance.

a) *Phlegmons périnéphrétiques primitifs.* — Les phlegmons périnéphrétiques primitifs peuvent survenir à la suite d'une plaie infectée, de petites angines, de furoncles, d'anthrax et même de simples panaris, c'est alors une affaire de septicémie, ou bien à la suite d'une infection générale de l'organisme.

Les grandes infections médicales : la variole, la rougeole, la scarlatine, le typhus, la fièvre typhoïde, la grippe, etc., forment un riche contingent à la production du phlegmon périnéphrétique.

En 1889, Albarran a donné une démonstration très nette de

ce mode de contagion. Après avoir injecté à un lapin, au niveau de l'oreille, une culture de colibacilles et de staphylocoques, il traumatisait le tissu périrénal et la suppuration se localisait à cet endroit de moindre résistance, artificiellement créé.

Une simple intervention chirurgicale sur les voies urinaires inférieures, une infection vésicale quelconque ou même une opération du phimosis sans infection consécutive du rein, peuvent déterminer une suppuration périrénale.

Les états infectieux de l'organisme : puerpéralité, blennorragie, etc., agissent de même que les grandes pyrexies médicales.

De même, ont été mis en cause : ostéomyélite, impétigo, eczéma. On a signalé aussi des phlegmons périnéphrétiques dans les maladies virulentes plus rares, le charbon par exemple. On en a même incriminé certains états dystrophiques généraux, comme le myxœdème. Mais alors, la relation directe de l'abcès avec l'état général apparaît beaucoup moins évidente que pour les états infectieux proprement dits.

Enfin, nous devons maintenant insister un peu plus longuement sur une dernière catégorie qu'on a fait rentrer aussi dans les périnéphrites dites primitives et pour lesquelles on n'a trouvé que deux grandes causes, vagues d'ailleurs à invoquer : le froid et le traumatisme.

Action du froid. — S'il est aisé de comprendre l'action du traumatisme, il est beaucoup moins facile de saisir celle du froid qui est la première cause notée dans les anciens traités et dans maintes observations.

Guéneau de Mussy a longuement insisté sur l'action du froid et presque tous les auteurs l'ont admise à sa suite.

Castets (Thèse de Bordeaux, 1896), pour expliquer cette action du froid, a entrepris une série d'expériences. Il refroidit des animaux en les plongeant dans des milieux réfrigérants et après les avoir laissés un certain temps, il constate chez tous qu'il se produit une véritable intoxication qui est pour lui l'auto-intoxication d'origine intestinale. Il attribue au colibacille cette action nocive. Pour lui, les germes de l'intestin pénètrent dans le sang à l'occasion du refroidissement. Pour ces infections

autogènes, c'est encore le rein qui est chargé d'en éliminer les produits et les poisons accumulés dans le filtre rénal ; les poisons, ainsi que les microbes, peuvent encore aisément en sortir et inoculer l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein.

Action du traumatisme. — Le plus souvent, on trouve dans les antécédents du malade des causes nettes, bien définies, telles qu'un traumatisme (effort, saut, équitation prolongée, coups directs, etc.). Le rôle de contusion est plus facilement explicable que celui du froid. Il se fait au moment de l'accident traumatique, les hématomes grands ou petits pouvant, au lieu de se résorber, suppurer sous l'influence d'une auto-infection ou de l'état infectieux général créé par une maladie intercurrente qui suivrait de plus ou moins près la contusion.

Le point le plus curieux à signaler au point de vue de ces traumatismes — point sur lequel tous les auteurs ont longuement insisté — c'est le grand intervalle qui sépare l'apparition des phénomènes inflammatoires de l'accident. Ce phlegmon n'apparaît que deux ou trois mois, un an et des années même après le traumatisme. Il y a là une allure toute particulière de la maladie qui nous occupe.

Peut-être que l'influence du froid, que nous venons d'étudier, pourrait nous expliquer un grand nombre de cas. Le terrain préparé par un traumatisme antérieur, le froid serait le coup de fouet qui amènerait les accidents inflammatoires.

En somme, le phlegmon périnéphrétique, dit primitif, est en réalité toujours secondaire à une infection localisée, le plus souvent légère et parfois passant complètement inaperçue. Les petites angines, les gastro-entérites, les furoncles, les anthrax et même les simples panaris en sont les causes les plus fréquentes.

La métastase se produit par l'intermédiaire d'une bactériémie, qui presque toujours atteint le rein et secondairement la capsule périrénale ; à ces faits viennent s'ajouter presque toujours soit l'action du froid, soit celle du traumatisme.

b) *Phlegmons périnéphrétiques secondaires.* — Étudions à présent les phlegmons périnéphrétiques dits secondaires, aux-

quels les causes principales, d'ailleurs très variées, peuvent donner naissance. C'est le rein qui est l'organe le plus souvent incriminé.

Toutes les affections du rein, à un moment donné et sous l'influence de certaines conditions, peuvent donner naissance à un phlegmon périnéphrétique, et toutes les pyélonéphrites ont une prédisposition particulière à donner naissance à des suppurations périrénales. Ces pyélonéphrites, chez l'enfant comme chez l'adulte, du reste, sont consécutives le plus souvent à la lithiase rénale.

De même, les affections traumatiques du rein, la tuberculose rénale, peuvent être la cause du phlegmon périnéphrétique.

Il n'est pas rare d'observer des phlegmons périnéphrétiques chez les urinaires, surtout chez les vieux urinaires, et cela se conçoit aisément avec la fréquence des abcès rénaux chez eux.

On a même observé les périnéphrites suppurées survenant à la suite d'actinomyose rénale (Poncet, Bérard, *Traité clinique d'actinomyose humaine*, Paris, Masson, 1898).

Les abcès autour du néoplasme du rein sont rares.

Le rôle des capsules surrénales dans la genèse du phlegmon périnéphrétique est, à l'heure actuelle, peu connu et difficile à établir.

Enfin, on a décrit récemment les périnéphrites suppurées développées secondairement à une néphrectomie (Legueu, *Revue de chirurgie*, 1909).

Toutes ces lésions rénales peuvent se propager à l'atmosphère cellulo-graisseuse qui entoure le rein, soit par continuité, soit par contiguïté. Le plus souvent, c'est par contiguïté que s'opère le processus, et dans ce cas c'est par la voie lymphatique qu'a lieu la propagation.

Albarran, par des expériences très nombreuses, a montré que les microbes pouvaient passer directement à travers la capsule adipeuse en suivant la voie lymphatique ou encore à travers le bassinnet.

Quelquefois, les calculs situés dans les calices ou dans le bassinnet sont l'origine d'un travail d'ulcération et les fistules

rénales qui en résultent sont la cause du phlegmon périnéphrétique. Ces fistules siègent le plus souvent sur la face postérieure du rein. Par elles s'écoulent le pus et l'urine qui envahissent le tissu cellulo-adipeux et qui sont le point de départ de l'inflammation. Elles sont parfois assez larges pour laisser passer le calcul du rein dans l'atmosphère cellulo-graisseuse où on le trouve au milieu du pus.

Le rein n'est pas seul en cause; les autres organes de la cavité abdominale peuvent donner naissance aux phlegmons périnéphrétiques. Les affections intestinales, affections du foie et de la vésicule biliaire, affections de la rate et du pancréas, de la prostate chez l'homme, du paramètre chez la femme, ont pu aussi remonter à la loge rénale et l'infecter; de même, les abcès du psoas et de la fosse iliaque.

Les affections du squelette costo-vertébral peuvent enfin causer la périnéphrite suppurée par propagation directe des abcès ossifluents à la loge rénale (Thomas, Thèse de Paris, 1891).

De toutes les affections intestinales, c'est l'appendicite qui fournit le plus grand nombre de phlegmons périnéphrétiques (Pucciarelli, Thèse de Paris, 1899-1900).

Enfin, pour terminer cette étude des causes, signalons les phlegmons périnéphrétiques consécutifs aux affections des organes thoraciques, de l'appareil pleuro-pulmonaire principalement. Mais ces périnéphrites suppurées sont relativement rares et Küster, dans sa statistique de 230 cas, donne 2 cas seulement de cause pleuro-pulmonaire.

Anatomie pathologique.

Définition. — Deux ou plusieurs abcès chauds périrénaux constituent le phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire.

Donc, le phlegmon se développe autour du rein et l'on ne peut lui rattacher certains abcès sous-capsulaires qui se forment entre la capsule propre et le parenchyme du rein. Il est toujours extra-capsulaire, mais il est aussi endo-fascial, c'est-à-dire qu'il se développe dans cette loge du rein formée par le fascia de Zuckerkandl.

La forme multiloculaire du phlegmon périnéphrétique est, semble-t-il, relativement rare. Peut-être le serait-elle moins si on autopsiait les individus morts au cours de cette affection, car le plus souvent, et nos observations le prouvent, c'est à l'ouverture du cadavre que l'on se trouve en présence de poches, parfois nombreuses, remplies de pus, séparées par des cloisons de tissu cellulo adipeux plus ou moins altéré ou bien communiquant entre elles par de fins pertuis.

Les foyers du phlegmon multiloculaire sont rarement très nombreux. Dans le plus grand nombre de cas, nous en avons trouvé au nombre de deux à trois; mais dans notre première observation, ils étaient au nombre de six. Un cas de ce genre est peu fréquent. Ces foyers purulents peuvent siéger en avant, au-dessus, au-dessous et en arrière du rein. En général, tandis que le foyer postérieur est le plus gros de tous et le plus facilement accessible à l'examen clinique et au bistouri, les autres

peuvent passer inaperçus et le phlegmon continue son évolution, malgré la large ouverture de la collection purulente postérieure. Pour cela, nous le répétons, au cours d'une intervention chirurgicale pour un phlegmon périnéphrétique, il faut penser à l'existence de cette forme de phlegmon multiloculaire et tâcher de découvrir les autres collections purulentes, soit avec le doigt, soit avec des ponctions exploratrices.

Les parois de ces foyers abcédés sont plus ou moins épaissies, suivant que le processus inflammatoire aura été lent ou rapide; lorsqu'on les incise, elles apparaissent couvertes de détritüs grisâtres qui ne sont autre chose que des produits de la désorganisation des tissus suppurés. Elles sont irrégulières, anfractueuses, et souvent il en part des diverticules qui se perdent dans les interstices musculaires ou entre les organes voisins et vont former plus loin des clapiers dans lesquels se collecte le pus.

Il nous est impossible de donner une description nette de l'étendue et des limites exactes du phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire. Cela dépendra le plus souvent du nombre et de la grosseur des poches purulentes dans chaque cas particulier.

Le pus. — Dans le pus du phlegmon périnéphrétique, il est rare qu'on ne trouve pas de microbes; mais on a pu observer le phlegmon périnéphrétique amicrobien (Le Fort, *Presse médicale*, Paris, 1916).

Il est bien entendu que malgré qu'il puisse présenter des foyers multiples, l'agent pathogène est toujours le même pour toutes les collections purulentes d'un phlegmon périnéphrétique multiloculaire. La qualité du pus trouvé dans les collections purulentes varie suivant la nature de l'infection et si l'on trouve dans le phlegmon périnéphrétique consécutif au panaris et au furoncle le staphylocoque doré, on pourra trouver avec d'autres étologies des streptocoques, des colibacilles, des pneumocoques, des gonocoques, des anaérobies et même des mycoses.

Le plus souvent, ce pus, dans les périnéphrites primitives, est bien lié, louable, phlegmoneux, suivant l'expression con-

sacrée. Quand le pus provient d'un phlegmon d'origine traumatique, il peut avoir une coloration rougeâtre par suite de son mélange avec du sang. Ce phénomène s'observe lorsque l'incision du phlegmon est rapprochée de la date du traumatisme.

Quoi qu'il en soit, ce pus, s'il n'est pas très rapproché du tube digestif, peut ne contracter aucune mauvaise odeur; mais si le foyer touche au côlon ascendant ou au côlon descendant, l'odeur du pus est alors repoussante. C'est d'ailleurs vrai pour tous les abcès qui se développent dans le voisinage du tube digestif, en particulier dans les abcès de la marge de l'anus.

Le contenu d'un phlegmon périnéphrétique peut même être gazeux. Les gaz peuvent venir de la gangrène du foyer ou des organes voisins, de l'intestin, du poumon, à travers la plèvre, etc., etc. (Roghe, « Phlegmon périnéphrétique à contenu gazeux chez un enfant de 13 ans », *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901).

Les lésions des organes voisins sont variables. Des organes rapprochés, le plus souvent atteint de suppuration est le rein. Mais comme le fait remarquer à ce sujet Tuffier, si le rein est souvent cause de suppuration périnéale, par contre, celle-ci ne retentit que très rarement sur le rein.

De même, le foie n'est point envahi par le pus. Il n'en est pas de même de la rate. Elle subit une espèce de macération, son tissu se ramollit et son parenchyme peut être réduit à une véritable bouillie. Le pancréas lui-même peut être atteint et on décrit des pancréatites suppurées consécutives à des périnéphrites.

L'intestin est souvent adhérent; il peut être perforé soit primitivement, soit secondairement. Dans le premier cas, les matières fécales font largement irruption dans le foyer de l'abcès. Dans le second cas, la perforation est petite, peut se cicatriser d'elle-même.

Sous l'influence de l'inflammation, le péritoine réagit, se couvre de fausses membranes, si bien que le pus de l'abcès périnéphrétique ne s'ouvre qu'exceptionnellement de ce côté.

IV

Symptomatologie.

Au point de vue clinique, le phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire peut présenter dans son évolution trois types très nettement distincts : une forme suraiguë, une forme aiguë et une forme chronique.

La forme suraiguë, la plus rare de toutes, résulte le plus souvent de l'épanchement de matières fécales, d'urines ou de corps étrangers du rein ou de l'intestin. Les symptômes généraux acquièrent immédiatement une gravité exceptionnelle et la mort peut survenir rapidement.

La forme aiguë, un peu moins rare que la précédente, débute par les symptômes généraux. La douleur leur fait suite et dès le quinzième jour on peut percevoir la fluctuation. Cette forme de phlegmon périnéphrétique s'observe surtout à la suite de plaies de la région lombaire avec ou sans lésion du rein, ou bien dans le cours de maladies infectieuses.

La forme chronique est le type le plus fréquemment observé. Ce sont les contusions, le plus souvent, qui donnent naissance au phlegmon périnéphrétique chronique. Le début du phlegmon périnéphrétique est rarement brusque comme Trousseau l'avait fait ressortir dans son étude clinique. Mais il vaut mieux dire plutôt que la localisation met ordinairement longtemps à s'accuser d'une façon nette. Sa formation est lente, insidieuse, et le phlegmon ne se découvre que plus ou moins tardivement, après une période où seuls, l'état fébrile, les troubles généraux, tout au plus un certain malaise se manifestent. Ou bien cette

forme chronique peut débiter par du lumbago, avec une contracture de la paroi et avec une douleur sourde et profonde que ressent le malade dans la région lombaire.

En premier lieu, la contracture des muscles de la paroi, dans l'angle costo-vertébral, est souvent très marquée. Il faut la rechercher en dehors de la masse sacro-lombaire au point où la paroi est d'ordinaire souple et se laisse facilement déprimer pour palper le rein. Par comparaison avec l'autre côté, la défense de la paroi est facile à apprécier.

La douleur présente des signes variables tant par son siège que par son intensité; souvent, un simple endolorissement ou seulement une gêne dans le flanc; ou bien douleur abdominale un peu diffuse, sans localisation nette. D'autres fois, ce sont de grands élancements douloureux irradiés à distance, ou encore un point lourd et douloureusement appuyé qui immobilise le côté ou même le tronc sur l'abdomen.

Les irradiations douloureuses montent vers l'épaule, filent vers l'estomac, l'ombilic ou descendent vers l'aîne, le scrotum et les grandes lèvres. La douleur, irradiée en bas, peut déterminer fréquemment *l'attitude* avec flexion de la cuisse et rotation en dehors, dite la « psoïte ».

La douleur est aggravée par les mouvements du malade; elle l'est aussi par la pression sur la région lombaire, soit qu'on l'exerce en arrière, soit qu'on l'exerce en avant en déprimant profondément le flanc.

Dans cette période de début, en dehors de la contracture et de la douleur, on peut voir la fièvre apparaître. Elle est très variable comme courbe, suivant la cause réelle du phlegmon. Elle affecte parfois le caractère d'un plateau presque continu, comme pour un état typhoïdique; ou bien elle procède par grandes oscillations, à type souvent inverse; ou même elle ne monte pas très haut le soir et se maintient aux environs de 38 degrés le matin. Parfois aussi, la fièvre peut cesser pendant quelques jours pour reprendre quand le pus se forme.

Dans certains cas, le tracé fébrile, les frissons, les sueurs qui s'emparent du malade à certains moments peuvent simuler la fièvre paludéenne (Trousseau).

La fièvre est presque toujours accompagnée de troubles d'état général : langue sale, l'appétit disparaît, parfois des vomissements surviennent. Les urines présentent des caractères différents suivant la cause qui a donné naissance à la maladie. Si le phlegmon est consécutif à un traumatisme rénal, les urines peuvent être rouges, peu abondantes. Mais si le phlegmon est consécutif à une maladie des reins, on retrouve dans l'urine les mêmes éléments que ceux qui existent déjà avant la formation du phlegmon antinéphrétique.

En somme, les symptômes du début peuvent se résumer en trois mots : contracture, douleur, fièvre.

Après cette période du début, qui peut être fort longue, un empâtement profond se dessine du côté des lombes. Les signes de la tuméfaction de la loge rénale sont souvent extrêmement lents à s'accuser pour le clinicien. La douleur sourde et profonde de la période du début devient alors atroce. Tout mouvement est impossible. Le foyer maximum de la douleur est au niveau des lombes, mais, comme nous l'avons dit plus haut, elle peut s'irradier vers la fosse iliaque, vers l'aîne, vers les membres inférieurs. Cette douleur irradiée s'explique bien par la compression des nerfs du plexus lombaire.

L'empâtement senti profondément par le palper bimanuel est le plus souvent d'une consistance ferme, d'une dureté particulière dans cette forme de phlegmon multiloculaire ; il augmente de volume et arrive à combler l'espace qui existe entre les fausses côtes et la crête iliaque. A ce niveau apparaît une voussure mieux vue à jour frisant, remplaçant l'échancrure costo-iliaque sur le profil du sujet couché ou bien bombant en arrière, en dehors de la masse sacro-lombaire, le sujet reposant sur le côté sain.

La palpation bimanuelle sert alors à localiser nettement l'affection dans la région lombaire ; mais elle ne peut, le plus souvent, indiquer la forme multiloculaire du phlegmon périnéphrétique ; ou bien si elle montre cette forme, on est en présence de poches volumineuses constituant les foyers cloisonnés d'un même phlegmon. Cette exploration bimanuelle montre, en

général, une tuméfaction très dure, profonde, diffuse, immobile et qui ne suit pas les mouvements de la respiration.

Pour cette palpation bimanuelle, M. Dupley conseille le décubitus ventral avec flexion du tronc en avant. M. Le Dentu fait coucher le malade sur le côté sain; on fait tomber ainsi toute la masse intestinale du côté opposé à la lésion et l'on peut juger ainsi de l'importance de la tuméfaction.

Les téguments ne changent que très tardivement d'aspect et conservent longtemps toutes leurs qualités. L'œdème et la rougeur des plans superficiels n'apparaissent que tout à fait à la fin, quand la suppuration est franchement établie. Le plus souvent cette apparition de l'œdème a une grande valeur — il est vrai tardive — au point de vue du diagnostic. Trousseau en faisait le symptôme certain d'une suppuration profonde.

Au niveau de l'œdème, la peau prend une coloration d'abord rosée, puis rouge violacée.

Enfin la fluctuation apparaît; elle est très longue à s'établir et parfois elle est impossible à trouver. De la fluctuation, Trousseau disait dans ses leçons cliniques sur les phlegmons périnéphrétiques :

« Cette fluctuation est presque toujours profonde et il faut une grande habitude pour bien la reconnaître. Quelquefois même elle ne peut être que soupçonnée par le fait complexe de l'œdème, de la rougeur, de l'empâtement de la région lombaire et des symptômes généraux. »

Au début, les collections purulentes sont bridées en arrière par l'aponévrose lombaire, par le muscle carré des lombes; de même que les cloisons plus ou moins solides séparent les différents foyers d'un phlegmon multiloculaire, ces collections purulentes sont alors profondément situées et difficiles à sentir. Plus tard, le pus du foyer postérieur peut traverser le plan musculo-aponévrotique qu'il retenait et arriver vers les couches superficielles.

En nous résumant, on trouve dans la période d'état de phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire les quatre symptômes qui ne manquent presque jamais; ce sont : dolor, calor, rubor et tumor.

Parfois, à la suite d'une intervention chirurgicale pour un phlegmon périnéphrétique, après un léger soulagement de courte durée, l'état général du malade ne s'améliore pas et la fièvre persiste. Dans ce cas, il faudrait penser à la possibilité d'un phlegmon multiloculaire dont les cloisons, au cours d'interventions, n'ont pas été complètement détruites et qui continue son évolution.

Eufin, pour terminer notre chapitre de symptomatologie, nous allons dire quelques mots de l'examen aux rayons X, qui pourrait peut-être, dans quelques cas, donner un renseignement précieux. Nous regrettons vivement de n'avoir pas fait cet examen radioscopique chez notre malade de la première observation.

Tout récemment, en 1919, deux auteurs américains, M.-H. Fussel et H.-K. Pancast, ont pu, grâce à l'examen radioscopique, découvrir chez deux de leurs malades l'existence du phlegmon périnéphrétique. Il est vrai que dans ces deux cas il s'agissait de phlegmon périnéphrétique simple, uniloculaire. Leur diagnostic radioscopique a été confirmé par l'intervention chirurgicale.

Nous pensons qu'il y aurait lieu d'examiner ces malades sous l'écran radioscopique; cet examen pourra, dans certains cas peut-être, aiguiller le diagnostic vers cette forme multiloculaire du phlegmon périnéphrétique. C'est une question importante qu'il ne faudra pas, à l'occasion, négliger, que facilitent nos moyens d'appareillage et de technique actuels, pas très difficiles à réaliser.

V

Diagnostic.

Dans notre chapitre sur la symptomatologie, nous avons exposé les signes sur lesquels il faudra nous baser pour un diagnostic à peu près certain du phlegmon périnéphrétique. Quant à sa forme multiloculaire, elle est pour ainsi dire impossible à diagnostiquer par un simple examen clinique.

Ici, dans ce chapitre du diagnostic, nous ne nous occuperons que du diagnostic différentiel des affections qui, avec leurs symptômes, pourraient simuler l'abcès périnéphrétique.

Des travaux de Trousseau, de Tuffier, il émane cette idée qu'à la période de début le diagnostic du phlegmon périnéphrétique est des plus difficiles. Pris en particulier, les symptômes du phlegmon périnéphrétique peuvent être communs à d'autres affections. Ceci peut, dans certains cas, égarer le diagnostic qui doit être précoce, la terminaison de l'affection dépendant grandement de la promptitude avec laquelle la maladie est reconnue et l'intervention chirurgicale entreprise.

A la période du début, alors qu'il n'y a pas de tumeur, ou que celle-ci passe inaperçue et qu'il n'existe que de la douleur et de la fièvre, toutes les maladies capables de provoquer l'endolorissement de la région lombaire peuvent être mises en cause.

Ce sont : le lumbago et les névralgies ilio-lombaires, les affections rénales, la psoritis, les affections intestinales, les annexites chez les femmes, beaucoup de maladies infectieuses, et enfin hernie lombaire, abcès froids lombaires.

Lumbago et névralgies ilio-lombaires. — Dans ce cas, le plus souvent, la douleur est bilatérale; parfois les points spéciaux douloureux à la pression et l'absence complète de fièvre et de phénomènes généraux. Le début est ici le plus souvent brusque.

Affections de la hanche. — Quand il y a une douleur coïncidant avec de la claudication et de la contracture musculaire, la possibilité d'une affection de la hanche est souvent envisagée. Mais dans le phlegmon périnéphrétique, il n'y a pas d'atrophie des muscles de la cuisse et il n'y a pas de gonflement, ni de la douleur à la pression du côté du grand trochanter ou du col du fémur. Les mouvements actifs, de même que passifs, de l'articulation ne sont pas douloureux.

Psoïtis. — Dans d'autres cas, les irradiations douloureuses du muscle psoas entraînent une attitude caractéristique du membre inférieur du côté malade : la flexion de la cuisse sur le bassin avec une légère rotation externe; en un mot, la position de relâchement du psoas. On pense alors à une psoïtis. Mais la perception d'un empatement lombaire, l'absence de tuméfaction à la racine de la cuisse, ainsi que l'indolence en cet endroit permettent d'écarter ce diagnostic de psoïtis.

Il peut cependant arriver que le diagnostic soit impossible lorsqu'il y a à la fois phlegmon périnéphrétique et fusées secondaires le long du psoas avec phénomènes de psoïtis.

Affections rénales : Colique néphrétique. — Par irritation des nerfs génito-abdominaux, la douleur peut s'irradier vers les grandes lèvres ou vers le scrotum, comme dans la colique néphrétique. Mais l'élévation thermique, l'absence de douleur à l'exploration abdominale des uretères permettent d'écarter ce diagnostic.

Pyélonéphrite, pyonéphrose, hydronéphrose et tumeur du rein. — Lorsque le malade a présenté une pyélonéphrite, le diagnostic peut s'égarer; la persistance de la fièvre avec grandes oscillations, l'atteinte de plus en plus profonde de l'état général peuvent faire penser à une aggravation de l'affection déjà existante. L'apparition d'une tuméfaction dans la région lombaire fait croire à l'existence d'une pyonéphrose venant compliquer

l'infection rénale. Lorsque la fièvre est légère, que le malade se présente avec une tuméfaction de consistance dure, profonde, peu ou pas douloureuse, parfois bosselée, avec des hématuries, avec un mauvais état général, amaigrissement rapide, on peut penser à l'existence d'une tumeur maligne du rein.

Quels sont les signes qui permettent de s'orienter? Les limites vagues de la tuméfaction, l'œdème de la paroi, la fluctuation et l'empâtement profonds, l'immobilité de la tumeur dans les mouvements respiratoires forcés, l'absence de ballotement rénal dans la palpation bimanuelle permettent d'écarter la possibilité d'une tumeur rénale ou d'une pyonéphrose. En outre, dans la pyonéphrose, il y a toujours du pus en quantité plus ou moins considérable, dans les urines. Rappelons enfin que le diagnostic se fera surtout en vertu de la loi suivante, formulée par Tuffier : « La pyonéphrose est une tumeur se projetant en avant, dans la cavité abdominale; le phlegmon périnéphrétique est une tuméfaction surtout de la région lombaire. » Et cette loi pour Tuffier sera vraie dans tous les cas de tumeur quelconque du rein.

L'hydronéphrose sera facile à différencier par l'absence de fièvre, de douleur et par le volume souvent énorme qu'acquiert la tumeur rapidement.

Affections intestinales. — C'est l'appendicite qui a prêté le plus d'erreur parmi les affections intestinales.

Dans l'appendicite, la douleur a ses caractères spéciaux, elle est également plus basse, avec un début plus brusque et la tuméfaction douloureuse est située dans la fosse iliaque le plus souvent.

De vulgaires gastro-entérites, des colites ont été diagnostiquées à la place du phlegmon périnéphrétique quand les symptômes étaient surtout abdominaux.

Affections hépatiques. — La douleur lombaire avec irradiation pourrait conduire à penser à la colique hépatique. Mais ici, la douleur, au point vésiculaire, manque dans le cas de phlegmon périnéphrétique; elle est constante dans la colique hépatique.

Parfois, on verra plus volontiers incriminer le foie et l'on pensera à un abcès ou à un kyste hydatique suppuré du foie.

Annexite. — Chez les femmes, on peut aussi donner le tableau clinique d'un phlegmon périnéphrétique. Mais dans la salpingite, dans la salpingo-ovarite, la douleur siège plus bas dans la fosse iliaque et, d'autre part, le toucher vaginal permet de constater une saillie des culs-de-sac très douloureuse à la pression.

Infections générales. — Lorsque les phénomènes généraux dominent, s'accompagnant de douleurs lombaires vagues et diffuses, le phlegmon périnéphrétique peut être pris pour une infection générale quelconque : fièvre typhoïde, grippe, infection puerpérale, fièvres éruptives, en particulier la variole.

C'est lorsqu'il y a des troubles digestifs, de l'hyperthermie, des douleurs abdominales avec ballonnement que l'on pensera à la dothiéntérie ou à la granulie. Mais il manque le plus souvent la diarrhée, la céphalée avec prostration. De plus, les oscillations thermiques dans le phlegmon périnéphrétique sont toujours plus considérables que dans la fièvre typhoïde qui a sa courbe thermique particulière. Il faut y ajouter l'absence de taches rosées, de tuméfaction de la rate, de dicrotisme du poulx et un séro-diagnostic négatif; tous ces signes ont été fréquemment observés au cours d'une fièvre typhoïde.

Quant aux fièvres éruptives et à la variole, la marche de la température et l'évolution des éruptions nous feront rapidement éviter l'erreur.

La hernie lombaire enflammée, siégeant au niveau du triangle J.-L. Petit, a été confondue avec le phlegmon périnéphrétique; on faillit inciser cette hernie croyant à un abcès (Trousseau).

Les abcès froids de la région lombaire sont une affection qui pourra simuler le phlegmon périnéphrétique. Mais ici, l'absence de phénomènes généraux, la lenteur de l'évolution et l'état particulier du malade permettent d'éviter l'erreur du diagnostic.

VI

Évolution.

La résolution complète du phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire est excessivement rare, pour ne pas dire inexistante. La suppuration en deux ou plusieurs foyers est l'issue habituelle. Une fois que le tissu cellulo-grasieux péri-rénal a commencé son inflammation, celle-ci ne se dissipe pas facilement. Si on néglige de les ouvrir, les abcès peuvent fuser dans les différentes régions. Ces abcès, une fois formés, se comportent de bien des façons pour évacuer leur contenu.

Pour le foyer ou collection postérieure du phlegmon multiloculaire, c'est la région lombaire qui est la voie la plus fréquente, la plus directe d'ailleurs, que l'abcès emprunte, et généralement c'est au point anatomique le plus faible de cette paroi — le triangle de J.-L. Petit — ou dans la partie la plus déclive de la fosse lombaire, c'est-à-dire le bord externe de la masse sacro-lombaire, qu'il vient pointer et s'ouvrir.

Cette ouverture postérieure spontanée par voie lombaire donne le plus souvent un abcès dit « en bouton de chemise ». Une nappe de pus s'étale sous la peau et sous les muscles superficiels de la région et un orifice plus ou moins large fait communiquer cette nappe avec une collection purulente plus profonde, celle qui entoure le rein lui-même.

La propagation dont la fréquence vient en seconde place se fait en haut, du côté de la plèvre et du poumon. Les statistiques principales donnent la fréquence de cette ouverture de 18 à 24 p. 100 environ. Il peut se déclarer une pleurésie purulente,

soit une vomique à la suite de cette ouverture. C'est en général le foyer de l'extrémité supérieure du rein qui s'ouvre dans cette région. L'ouverture dans la plèvre avec empyème consécutif est celle qui est le plus souvent signalée. La pleurésie purulente qui en résulte est une complication généralement grave. L'organisme, déjà affaibli par une longue suppuration, fait difficilement les frais de cette affection nouvelle et la mort survient ordinairement.

En bas, le pus fuse facilement. Le sac rénal étant ouvert à son extrémité inférieure et le tissu cellulaire de la région communiquant avec celui de la région iliaque, la collection purulente, entraînée par la pesanteur, a une tendance toute naturelle à se diriger vers le bassin. Elle peut se faire jour soit au pli de l'aîne, soit à la fesse suivant qu'elle respecte ou non l'aponévrose iliaque. De même encore, les fusées purulentes qui descendent peuvent venir dans l'échancrure sciatique et dans la fosse ischio-rectale. Ces migrations lointaines devaient s'observer surtout jadis où on temporisait pour les opérations abdominales, où le pus s'était formé depuis longtemps dans les plans profonds et où de vastes décollements avaient le temps de se produire avant son évacuation au dehors.

En avant, les abcès du phlegmon périnéphrétique multiloculaire s'ouvrent rarement. Le péritoine, en effet, sous l'influence de l'inflammation voisine, réagit, se tapisse de fausses membranes, forme des adhérences et le pus franchit très difficilement cette barrière. Si elle se laisse forcer, une péritonite mortelle s'ensuit très rapidement.

L'ouverture du phlegmon périnéphrétique dans le tube digestif est assez souvent signalé. Goldenborn donne, dans l'importante statistique réunie par lui, 11 cas environ d'ouverture spontanée dans l'intestin. La perforation la plus fréquente est dans le côlon. On l'a signalée aussi dans le duodénum, dans l'intestin grêle et dans le rectum. En cas de phlegmon périnéphrétique uniloculaire, cette ouverture de la collection purulente dans l'intestin peut être favorable et le pus s'évacue assez vite par les voies naturelles sous forme de diarrhée assez brusque; mais

dans la forme du phlegmon multiloculaire, il ne faut pas y compter, car si un foyer s'est ouvert dans l'intestin, les autres peuvent continuer leur évolution et entraîner des complications qui emporteront le malade.

L'ouverture du phlegmon du côté de l'estomac est très rare.

L'ouverture spontanée dans les voies urinaires a été notée dans plusieurs cas (Legros, *Union médicale*, 1874). De même, l'ouverture dans le vagin cul-de-sac postérieur est signalée par quelques auteurs. Chassaignac avait parlé de fusées lointaines allant au scrotum et au périnée chez l'homme, probablement en passant par le trou sous-pubien.

L'ouverture spontanée est moins favorable que l'ouverture chirurgicale, parce que, dans l'ouverture spontanée, la sortie du pus se fait parfois dans un endroit dangereux ou mal disposé pour la bonne évacuation. Alors, la rétention chronique finit par intoxiquer le malade qui s'affaiblit progressivement et succombe peu à peu à l'hecticité.

La terminaison spontanée la moins défavorable semble être la migration dans les poumons suivie d'une vomique. Les exemples de guérison et même de guérison complète et rapide à la suite ont pu être observés.

Les phlegmons périnéphrétiques multiloculaires peuvent laisser des fistules, et même les fistules durables et indéfinies ne sont pas rares. Elles se voient après l'ouverture chirurgicale, mais beaucoup plus souvent après l'évacuation spontanée. Ces fistules peuvent être externes (cutanées) ou internes (viscérales).

D'après plusieurs dissections de fistules consécutives à des phlegmons périnéphrétiques, Tuffier conclut que l'abondance de la graisse périnéale aux deux extrémités du rein et à sa face postérieure explique pourquoi le plus souvent le trajet fistuleux n'est pas unique. Pour lui, il y a toujours des trajets secondaires aboutissant aux points où la graisse prédomine.

VII

Pronostic.

Le plus souvent, la gravité de l'affection est essentiellement liée à ses causes, à l'état général du malade et encore à la façon dont elle a été traitée.

Quand nous aurons affaire à un phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire, le pronostic, en général grave, dépendra le plus souvent d'une intervention chirurgicale plus ou moins rapide. S'il a été traité dès la suppuration, si on a bien ouvert, si on a bien découvert et détruit les cloisonnements qui existent entre les collections purulentes, et enfin si on a convenablement drainé les divers foyers, on peut espérer de bons résultats opératoires.

De même, il faudra agir sur la lésion causale en même temps que sur le phlegmon. Si la cause même ne peut pas être traitée, la suppuration persiste et le pronostic devient des plus graves; car, ne l'oublions pas, c'est la lésion qui a déterminé l'abcès, liée à l'état général du sujet, qui, le plus souvent, commande la situation.

Dans les statistiques principales, la mortalité générale en bloc des phlegmons périnéphrétiques oscille entre 25 à 35 p. 100 (phlegmons traités ou pas traités). Nous pensons que dans ce pourcentage le plus grand nombre appartient probablement à cette variété du phlegmon périnéphrétique multiloculaire, si souvent méconnue ou passant inaperçue même au cours d'une intervention chirurgicale.

Voilà, d'après la statistique de Küster, portant sur 230 cas,

où on compte 145 guérisons, 79 morts et 6 cas de fistules persistantes.

Les phlegmons périnéphrétiques, dits primitifs, paraissent moins graves — 15 à 20 p. 100 de mortalité — tandis que les phlegmons secondaires portent en effet le poids des lésions viscérales, abdominales ou thoraciques qui en sont les causes et peuvent durer, sans guérir, aussi longtemps que la lésion viscérale elle-même ne sera pas guérie.

Ce qui est certain, de l'avis de nombreux cliniciens, c'est que l'action du traitement chirurgical vient modifier profondément le pronostic de l'affection livrée à elle-même. Plus il est hâtif, en outre, proche de la formation du pus, plus ce pronostic est encore amélioré. Ainsi sont supprimés actuellement ou très restreints ces cas de septicémie lente par ouverture insuffisante des foyers ; ces cas de fistules viscérales ont une suppuration intarissable.

Pourvu que les foyers purulents soient largement ouverts, l'intervention chirurgicale rapide fait tomber la mortalité moyenne des abcès incisés ou non incisés de 30 p. 100, que nous donnions plus haut, à 9 ou 10 p. 100 seulement. Mais dans la forme du phlegmon périnéphrétique multiloculaire, le pronostic est encore plus grave.

Enfin, comme toutes les affections en général, il n'est pas besoin d'insister sur les conditions générales d'âge, de milieu social, de constitution, etc., qui, ici comme ailleurs, entrent naturellement en ligne de compte et qui s'expliquent d'elles-mêmes.

VIII

Traitement.

Ici, nous ne parlerons pas du traitement médical, qui consiste en repos prolongé et en application régionale des calmants et des antiphlogistiques qu'exige cette affection. L'action de ce traitement, qu'on pourrait appeler le traitement abortif, est vraiment trop incertaine, et pour éviter les complications souvent fatales, il y a intérêt au plus haut point à intervenir par une action chirurgicale consistant en une incision large et précoce.

La résolution, qu'on a pu observer parfois, peut-elle être aidée par un traitement antiphlogistique? C'est possible, mais c'est si rare que, le plus souvent, il ne faut pas y compter et il ne faut pas perdre un temps précieux pour l'intervention chirurgicale.

Classiquement, il y a lieu d'indiquer : *a)* le traitement du phlegmon lui-même; *b)* le traitement de la cause qui l'a engendré.

Si, le diagnostic une fois posé, le phlegmon périnéphrétique s'accompagne de phénomènes généraux graves ou de douleurs intenses, atroces, on l'incisera de très bonne heure, sans se précipiter de savoir s'il y a déjà du pus formé, qui, très souvent, existe très profondément sans être perçu au début même de l'affection. Il faut encore savoir qu'une incision trop précoce dans ce cas vaut encore mieux qu'une incision trop retardée.

L'incision se fera par la voie qui semblera la plus favorable au chirurgien dans le cas particulier qu'il aura à traiter. Mais il est presque de règle qu'on incise par la voie lombo-latérale, comme pour une néphrectomie, car c'est elle qui est la meilleure

pour un bon drainage de la collection purulente. Pour la pratiquer, on met le malade dans le décubitus latéral du côté sain. L'incision est faite au bistouri. Elle porte sur le point le plus fluctuant, où la collection purulente paraît la plus superficielle; elle sera faite obliquement sur le bord externe du muscle carré des lombes, à quatre travers de doigt des apophyses épineuses, sur une longueur de 6 à 10 centimètres, suivant le cas (Tuffier).

Une fois l'incision faite, il faut évacuer le pus. Puis chercher avec le doigt, qui est le meilleur guide en pareil cas, à reconnaître les décollements, les points qui pourraient former clapier, les cloisons cellulo-fibreuses qui existent surtout dans cette forme multiloculaire, à permettre ainsi l'ouverture de ces foyers cloisonnés. Sinon, que servirait-il d'avoir pratiqué cette incision, si on laissait les autres foyers continuer leur évolution ?

Le doigt prudemment introduit servira encore à conduire les drains nécessaires et à reconnaître l'état des parois du phlegmon; on pourra aussi trouver la cause probable des abcès : un point osseux dénudé, l'appendice derrière l'abcès, des calculs rénaux, etc., etc.

De même, quand on doute de la présence d'un phlegmon périnéphrétique multiloculaire au cours d'une intervention chirurgicale, il serait prudent d'explorer les régions voisines du foyer incisé avec des ponctions exploratrices. Dans ce cas, il faudrait ponctionner un peu partout, dans toute la zone péri-rénale où pourront siéger les foyers abcédés.

Au cours de toutes ces manœuvres d'exploration, il faut être très prudent, car en tâtonnant dans ce milieu infecté, purulent, on pourra créer des perforations des organes voisins qui n'existaient pas et ainsi provoquer des complications graves.

Quand l'infection est d'origine rénale, il peut être nécessaire de compléter l'ouverture des foyers par l'opération que commandent les lésions rénales.

Si l'exploration des organes voisins ne décèle rien, la cicatrisation de l'ouverture peut être rapide; dans le cas contraire, des fistules interminables et indéfinies peuvent se former.

La question d'intervention chirurgicale devient plus embar-

rassante dans le cas où une des poches du phlegmon périnéphrétique s'ouvre du côté viscéral. Dans le cas de phlegmon uniloculaire, on peut attendre, dans certains cas, un temps assez long avant d'intervenir; mais quand il s'agit de phlegmon multiloculaire, alors que ce cas d'ouverture spontanée pourrait paraître des plus favorables, il ne faut pas espérer une guérison sans une prompte intervention chirurgicale. Et cette intervention doit être large, ouvrant tous les foyers abcédés qui peuvent s'y trouver.

Il est compréhensible que dans cette forme de phlegmon périnéphrétique multiloculaire, si une collection purulente s'est ouverte, les autres foyers peuvent évoluer progressivement, donnant, pendant des semaines et des mois, de la fièvre septique, des abcès à répétition, infectant par leur persistance tout l'organisme et aboutissant enfin vers une issue fatale. De même, un praticien mal averti voit, après une incision de la collection purulente rétro-rénale, les phénomènes généraux, l'empâtement profond et la douleur persister, et le malade, au lieu d'être soulagé et guéri par cette intervention, continue à souffrir et à se cachectiser.

Donc, en nous résumant, dans tous les cas de phlegmon périnéphrétique multiloculaire, il faut toujours intervenir chirurgicalement; dans ce cas, aller prudemment et explorer attentivement le phlegmon incisé.

IX

Observations.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé DUVERGEY.

M^{me} A. M..., 49 ans, repasseuse, de Bordeaux. Entre, le 2 décembre 1921, à l'Hôpital Saint-André, salle 1, pour des douleurs très vives à la cuisse droite, ne dépassant pas le genou et ne lui permettant pas de marcher; de même, elle ressentait une vague douleur dans la région lombaire droite, accompagnée de pesanteur. Ces douleurs, ainsi que l'impossibilité de marcher, seraient survenues à la suite d'une parotidite suppurée gauche. La malade n'était pas encore complètement guérie de sa parotidite suppurée à son entrée à l'hôpital.

Dans ses antécédents, nous n'aurons à signaler qu'une hystérectomie en 1906, pratiquée par M. le professeur Chavannaz, pour un très volumineux fibrome utérin.

Examen le 3 décembre 1921 : Il s'agit d'une femme grasse, au teint légèrement jaunâtre. En découvrant la malade, on est frappé par l'attitude de son membre inférieur droit qui est en flexion forcée sur le bassin, presque à angle droit; de plus, il est en rotation externe.

L'abdomen est grossi par une couche cellulo-adipeuse importante. Tout le flanc droit paraît très tuméfié. Entre cette tuméfaction et la cuisse existe un sillon profondément marqué, correspondant au pli de l'aîne.

En palpant cette tuméfaction, la douleur est réveillée par la moindre pression. On constate, en palpant, l'existence d'une masse

dure, très dure même, profonde, volumineuse, occupant toute la région du flanc droit, plongeant profondément dans la région lombaire. La fluctuation est pour ainsi dire inexistante.

Cette masse présente comme limites : en haut, le rebord inférieur des fausses côtes ; vers la fosse iliaque, une horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure droite ; enfin, la tumeur va en s'effilant comme largeur et comme épaisseur jusqu'à trois travers de doigt à gauche de l'ombilic. La percussion confirme ces limites trouvées par la palpation.

Le flanc droit, siège de la tuméfaction, semble plus chaud que le flanc gauche. De même, la région lombaire droite présente l'existence d'un œdème blanc assez marqué, qui n'existe pas dans la région gauche.

En outre, la malade présente perte d'appétit ; la langue sale ; quelques vomissements bilieux et une constipation opiniâtre.

Pouls : 90 à la minute.

Température : 37°6 le matin et 38 degrés le soir.

Urines : traces d'albumine.

Ailleurs, rien à signaler.

Histoire de la maladie. — Au mois de novembre 1921, pendant sa convalescence de la parotidite suppurée, la malade ressentit de légères douleurs dans sa cuisse droite, douleurs auxquelles elle ne faisait aucune attention. Mais ces douleurs allaient en augmentant, devenaient violentes, continuelles et provoquaient de l'insomnie. Les douleurs augmentaient progressivement jusqu'au 1^{er} décembre 1921, obligeant la malade à arrêter sa marche et son travail. Ce jour-là, la malade, sur le conseil de son médecin, entre à l'hôpital.

L'opération fut pratiquée, le 6 décembre 1921, par notre maître, M. le professeur agrégé Duvergey.

Phlegmon périnéphrétique droit très volumineux. Rachi-anesthésie dans la région dorsale. Injection de 7 centigrammes de syncaïne à 5 p. 100. Bonne anesthésie. Décubitus latéral gauche. Incision de Guyon. Infiltration de la paroi. Léger accroc au cul-de-sac de la plèvre qui déborde la dernière côte.

Ouverture d'une énorme collection renfermant plus de 500 grammes de pus bien lié. L'examen bactériologique du pus présentait de nombreux amas de staphylocoques.

Lavage au Dakin et mise en place de deux drains en canon de fusil. Fermeture partielle de la plaie. Opération sans incidents.

Cette intervention soulagea la malade, mais n'améliora pas notablement son état. Une légère fièvre persistait de même que les phénomènes douloureux.

Du 12 décembre jusqu'au 24 décembre 1921, on lui pratiqua huit piqûres d'auto-vaccin. Chaque piqûre était de 2 cc.

Mais la suppuration ne cessant pas, le 7 janvier 1922, on prolonge l'ancienne incision vers le bas pour ouvrir une seconde collection purulente siégeant au-dessous du rein. Cette seconde incision n'amena pas la guérison ; alors que la plaie continuait toujours à suppurer abondamment, la malade contracta une broncho-pneumonie grippale et succomba.

La nécropsie amena la découverte de six foyers abcédés, à pus staphylococcique, isolés et sans communication les uns avec les autres. Ces foyers intacts siégeaient en avant, au-dessus et au-dessous du rein, tandis que le foyer postérieur, qui était le plus gros, a été largement incisé. Le rein était intact.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le professeur DUVERGEY.

Z. V..., âgé de 32 ans, cultivateur, entre pour la première fois à l'Hôpital Saint-André, le 27 novembre 1921, se plaignant de douleurs dans le flanc droit et présentant des troubles urinaires.

Les douleurs commencèrent à apparaître à la suite d'un effort qu'il fit en travaillant, trois mois environ avant son entrée à l'hôpital. Depuis, elles n'ont pas cessé, mais elles étaient peu violentes.

Les urines sont devenues abondantes. Les mictions étaient fréquentes mais non douloureuses. Le malade urinait dix à quinze fois dans la journée et cinq à six fois la nuit. Un mois avant son entrée à l'hôpital, ses urines devenaient troubles ; analysées par le pharmacien de sa localité, elles montraient de nombreux leucocytes.

A son entrée à l'hôpital, le malade était très amaigri, paraissait pâle et fatigué.

A l'inspection, le flanc droit ne présentait rien d'anormal. La palpation forte déterminait une douleur, pas très vive, dans la région lombaire. Défense musculaire du même côté assez marquée. L'état général était assez touché. Fièvre, 37°5 le matin, 38 degrés le soir. Langue sale, perte d'appétit. Poids, 49 kilos.

Examen des urines :

Rein droit :

Volume, 18 cc. ;

Urée, 4 gr. 50 ;

Chlorure, 7,10.

Rein gauche :

Volume, 12 cc. ;

Urée, 14 gr. 60 ;

Chlorure, 21,50.

Les urines avaient 0,15 d'albumine par litre. Ni glucose, ni pigments biliaires.

Flore microbienne des urines très variée. Pas de bacilles de Koch.

Malgré l'inexistence des bacilles de Koch dans les urines, on pense être en présence de la tuberculose du rein droit.

Le malade reste à l'hôpital jusqu'au 24 décembre 1921. On lui conseilla d'aller chez lui à la campagne, car pour le moment l'opération n'était pas envisagée.

Chez lui, pendant deux mois, son état s'améliora, mais à la suite d'un refroidissement, qu'il prit au mois de mars 1922, son mal réapparut avec des douleurs plus vives et son état s'aggrava. Le malade entra de nouveau à l'hôpital, le 15 mai 1922, dans le service de M. le professeur agrégé Duvergey.

A sa seconde entrée, le malade était très amaigri, pâle, asthénique. Il avait l'air d'un vrai tuberculeux.

A l'inspection, la région lombaire ne présentait aucune voussure, mais elle était très sensible à la douleur. A peine la touchait-on que le malade éprouvait de vives douleurs.

Examen des urines :

Volume en vingt-quatre heures, 711 cc. 52 ;

Urée par litre, 24 gr. 30 ;

Chlorure, 10 grammes ;

Traces d'albumine.

Elles étaient louches et acides; peu de sédiments.

Examen cytologique et bactériologique des urines.

Rein gauche : nombreuses hématies, cellules du bassinet, quelques cellules rondes paraissent d'origine rénale.

Ensemencement : staphylocoques.

Rein droit : pas d'hématies, quelques polynucléaires, cellules du bassinet. Ensemencement : staphylocoques.

Malgré des examens répétés, on ne retrouve pas de bacilles de Koch; mais le diagnostic de la tuberculose probable du rein droit n'est pas écarté et on décide d'opérer le malade à la séance opératoire du 7 juin 1922.

L'incision faite, on s'aperçoit qu'on se trouve en présence d'un phlegmon périnéphrétique, présentant de nombreuses cloisons très minces et très friables, qu'on pouvait facilement détruire avec les doigts. Explorant plus attentivement la poche incisée, on s'aperçut d'une autre collection purulente qui se prolongeait jusque sous le diaphragme, ressemblant à un abcès sous-phrénique.

En réalité, il s'agissait d'un même phlegmon périnéphrétique présentant de nombreuses cloisons qu'il suffisait de détruire, pour que le pus s'en écoule en grande abondance.

L'examen bactériologique du pus présentait de nombreux polynucléaires mal conservés et de nombreux amas de staphylocoques.

L'opération s'est passée sans incidents. Les suites opératoires ont été bonnes. Quinze jours après l'opération, la plaie ne donne plus, présente très bon aspect et l'état du malade s'est notablement amélioré.

OBSERVATION III (résumée).

TROUSSEAU, *In* Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, qui, lors de son entrée à l'hôpital, présentait un vaste phlegmon des régions dorsale et lombaire gauches.

Le diagnostic d'un gros phlegmon périnéphrétique fut posé. On décida d'intervenir chirurgicalement.

L'ouverture fut faite dans la région lombaire et donna issue à une

quantité considérable d'un pus horriblement fétide, de couleur jaune verdâtre, avec écoulement de sang mélangé au pus. On recueillit la valeur de 2 litres de ce pus fétide et pendant plusieurs jours il s'en écoula encore une très grande quantité.

Grand soulagement après l'ouverture du foyer ; la fièvre diminue à partir du troisième jour et les parois du foyer reviennent rapidement et progressivement sur elles-mêmes. Cependant, dans la région iliaque externe, partie inférieure du rein, existait un second foyer, une véritable poche pleine de pus, qui s'ouvrit spontanément.

Le pus était de même nature que dans le foyer ouvert antérieurement. Un stylet promené avec ménagement dans le second foyer permit de reconnaître que l'os iliaque ne présentait point d'altération. Donc, chez cet homme, il existait un phlegmon périnéphrétique avec deux abcès ne présentant aucune communication entre eux.

Peu à peu, toutes les parties affectées se détergent, la fièvre disparaît complètement, l'appétit revient et le malade se réhabilite en trois semaines.

OBSERVATION IV (résumée).

GUÉNEAU DE MUSSY, Clinique médicale.

M^{me} G..., âgée de 35 ans, domestique, entrée, le 8 décembre 1862, à l'Hôtel-Dieu, salle 14, pour une douleur très vive dans la région lombaire gauche et pour un état cachectique particulier.

Cette femme, déjà cinq mois avant son entrée à l'hôpital, éprouvait des douleurs lombaires. Ces douleurs, au début vagues et à siège mal déterminé, étaient plus prononcées à droite qu'à gauche ; et ce n'est que plus tard qu'elles s'étaient définitivement fixées dans le flanc gauche, depuis deux mois environ. D'abord sourdes et gravitatives, elles étaient devenues plus vives, lancinantes, en même temps qu'apparaissaient des frissons périodiques.

L'examen clinique présentait la région lombaire gauche voûtée. Une voussure embrassant tout l'espace entre les dernières côtes et la crête iliaque, s'avancait en avant jusqu'à trois travers de doigt de la ligne blanche. La région était très sensible, douloureuse à la pression et œdémateuse. La fièvre et les frissons irréguliers accompagnaient cet état.

Les urines étaient normales.

Le diagnostic du phlegmon périnéphrétique fut posé et on décida l'intervention chirurgicale.

On fit une incision; il s'écoula pendant cette opération une très grande quantité de liquide séro-purulent, sans odeur urineuse.

Cette incision amena un grand soulagement. Pendant quinze jours, il s'écoula par la plaie un liquide séro-purulent en assez grande abondance; mais on remarqua, en palpant le flanc gauche par sa partie antérieure, qu'on apercevait une fluctuation assez superficielle, limitée, en apparence dans une poche qui avait le volume d'un gros point.

La plaie opératoire était belle, rosée; elle commençait même à se rétrécir, quand, vers le quinzième jour après l'intervention, la fièvre qui était tombée réapparut; le pouls monta à 108 pulsations à la minute, de même que l'on sentait la tumeur, dans le flanc gauche, augmenter de volume. L'état général devient très mauvais et le malade meurt le seizième jour après l'opération.

La nécropsie fut faite trente-sept heures après la mort.

En déchirant les adhérences que les anses intestinales avaient contractées avec la tumeur, on avait ouvert une poche, de laquelle s'était écoulé du pus en assez grande abondance. Cette poche était située au niveau de l'extrémité inférieure du rein. Elle ne communiquait pas avec l'ouverture extérieure et formait une vaste cavité close.

Il s'agissait ici de deux foyers abcédés, l'un qui a été ouvert par l'incision, et l'autre, qui passa inaperçu au cours de l'intervention, continuant son évolution et emporta la malade.

OBSERVATION V

In Thèse de PICARD, Paris, 1860.

Il s'agit d'un homme âgé de 23 ans, charretier, qui entre à l'hôpital, le 18 février 1860, pour une vive douleur dans la région lombaire gauche, accompagnée d'un état fébrile.

La région lombaire présentait un aspect normal, ni chaleur, ni

tuméfaction constatable; rien qu'une douleur très vive à la pression. Les urines étaient normales.

Ce n'est que le 1^{er} mars qu'on aperçut la région lombaire œdématisée; une fluctuation profonde est perçue en même temps. On porte le diagnostic de l'abcès périnéphrétique et on incise. Un flot de pus phlegmoneux, non fétide, s'en écoule, 750 grammes environ. Il y eut à la suite un petit soulagement, mais l'état du malade ne s'améliora pas beaucoup.

Déjà le 5 mars, on constata des complications broncho-pulmonaires; l'état général, qui était grave, s'empira de plus en plus, et le malade mourut le 9 mars.

L'autopsie fut faite trente-quatre heures après la mort.

...La capsule cellulo-fibreuse qui recouvre le rein se détache facilement au niveau de la face antérieure du bord externe et de la partie interne de la face postérieure, mais elle est adhérente sur la partie externe de cette même face et dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Le parenchyme rénal ne présente à ce niveau aucune altération. C'est au niveau de ces adhérences capsulaires qu'il se trouvait une petite cavité close renfermant une petite quantité de pus presque concret. Par un examen attentif, on ne trouvait pas la moindre trace de communication avec la périphérie, ni avec la grande cavité postérieure du rein, qu'on avait incisée au moment de l'intervention.

OBSERVATION VI (résumée).

In Thèse de HALLÉ, Paris, 1863.

Une femme X..., âgée de 26 ans, couturière, entre à l'Hôpital Necker pour de vives douleurs dans la région lombaire droite.

On diagnostiqua le phlegmon périnéphrétique et, douze jours après son entrée à l'hôpital, on fit sur le point le plus saillant de la tuméfaction lombaire une application de potasse caustique. Au bout de trois jours, on incisa l'escarre et il en sortit une grande quantité de pus n'offrant aucun caractère particulier.

Après cette intervention, l'état de la malade ne s'améliora pas

beaucoup et au bout de huit jours elle succomba dans un état déjà avancé de marasme.

A l'autopsie, on constate une péritonite limitée et la cavité pelvienne remplie de pus provenant d'une poche non incisée du phlegmon périnéphrétique. Dans la région lombaire droite, il y a infiltration de pus dans tout le tissu cellulaire qui entoure le rein ; ce pus est en communication avec celui de l'abcès ouvert pendant la vie par un étroit trajet fistuleux.

OBSERVATION VII (résumée).

In Thèse de HALLÉ, Paris, 1863.

P. T..., âgé de 30 ans, employé de bureau, d'une santé toujours délicate, rentre à l'hôpital pour une douleur assez vive dans la région lombaire droite. Il constate de temps en temps quelques élancements. Pas d'empâtement, un peu d'œdème et une sensation lointaine de la fluctuation que l'on perçoit dans la région lombaire droite.

On décida d'intervenir chirurgicalement ; il s'écoula aussitôt un liquide brunâtre, grumeleux et d'odeur fétide, environ 350 grammes ; le même soir 250 grammes de liquide purulent.

Le malade fut soulagé, mais pas très amélioré. Six jours après cette intervention, on constate de nouveaux foyers non incisés. On fait deux nouvelles incisions, il s'en écoule du pus fétide, mélangé de sang et de gaz. L'état général est très grave. Mort le lendemain.

OBSERVATION VIII

In Thèse de NAUDET, Paris, 1870.

Il s'agit d'une femme, âgée de 40 ans, atteinte de gravelle depuis des années, qui entre à l'hôpital pour malaise, fatigue et douleurs lombaires assez vives du côté droit.

A l'examen, elle présente dans le flanc droit une tuméfaction considérable et que l'on pouvait décomposer en deux tumeurs.

L'une de ces tumeurs est arrondie, globuleuse ; ses contours sont

mieux dessinés; elle s'étend du bord des fausses côtes jusqu'au niveau de la crête iliaque et de l'ombilic jusqu'à l'échancrure costo-iliaque.

L'autre, plus diffuse, plus pâteuse, soulève cette échancrure et s'étale jusqu'à la colonne vertébrale.

Empâtement, œdème des parties superficielles, fluctuation manifeste surtout dans la tumeur antérieure. Douleur dans toute la partie tuméfiée. Le diagnostic du phlegmon périnéphrétique fut posé. On pratiqua une incision transversale à la région lombaire sur le point culminant de la tumeur, au niveau du triangle J.-L. Petit. Cette incision mesure une longueur de 10 centimètres environ. Au moment où le bistouri pénètre dans la poche, on voit s'écouler une quantité considérable de pus phlegmoneux bien lié et sans odeur caractéristique; cette quantité peut être évaluée à 2 litres. Le doigt plonge à travers les lèvres de la plaie, pénètre dans une vaste cavité cloisonnée par des brides fibreuses.

Il est à noter ici un fait assez curieux, c'est que la tumeur qui faisait saillie en avant, tout près de l'ombilic, resta parfaitement appréciable; elle ne disparut que le lendemain et à sa place on sentait une tuméfaction diffuse, un empâtement étendu et sans saillie appréciable.

Les jours suivants, le pus s'écoule en abondance; néanmoins, les symptômes généraux persistent et la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva trois foyers : le premier siégeait en avant du rein, l'autre dans le bassinet et le troisième, qui fut incisé, était en arrière du rein, reposant sur la paroi lombaire.

OBSERVATION IX (résumée).

In Thèse, de KRATSCHEMAR, 1872, Paris.

Lucie N..., âgée de 45 ans, domestique, entre à l'hôpital pour douleurs vagues dans la région lombaire droite.

On diagnostique l'abcès périnéphrétique.

Une tumeur en avant, du côté de l'abdomen, ayant à peu près le volume du rein. En arrière, œdème du voisinage, rougeur, douleur

et une autre tumeur qui est fluctuante et qui est de la grosseur d'une noix.

Il y a bientôt propagation du mal jusque dans la fosse iliaque. Ouverture de l'abcès : incision de 4 centimètres environ. A l'aide des doigts on décolle les tissus pour donner issue à environ 300 grammes de pus de bonne nature, non point caséeux comme celui des abcès ossifluents.

La crête iliaque était intacte et son périoste épaissi constituait la paroi inférieure du foyer incisé.

En avant, une espèce de détritüs se dirige vers l'abdomen, vers la tumeur antérieure.

Il est hors de doute qu'il y eut un autre foyer ou bien qu'il s'agissait d'un phlegmon en bouton de chemise.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION X (résumée).

In Thèse de NÈGRE, Montpellier, 1902.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans, entrée à l'hôpital, le 3 janvier 1901, pour une douleur lombaire.

A la suite d'un traumatisme, l'enfant a perçu dans la région lombaire gauche un craquement et a ressenti en même temps une vive douleur.

A son entrée à l'hôpital, quinze jours après cet accident traumatique, l'examen de la région lombaire gauche fournit les renseignements suivants. L'inspection ne révèle rien d'anormal. Par la palpation, on détermine une douleur en dehors de la masse lombaire, dans le sinus costo-iliaque. On sent la défense musculaire.

Le palper bimanuel fait sentir profondément une tumeur accolée le long de la colonne vertébrale, dure et empâtée.

L'examen général de la petite malade ne révèle rien de particulier.

On porte le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. On intervient par une incision lombaire s'étendant de l'angle costo-musculaire à l'épine iliaque antéro-supérieure. Le doigt explore alors une grande cavité communiquant par un fin pertuis avec la face postérieure du

rein, à travers l'aponévrose du psoas, où se trouve une autre collection purulente. En appuyant sur l'abdomen, on fait une nouvelle irruption du pus. Il s'agit d'un phlegmon périnéphrétique à deux foyers, ou phlegmon dit encore en bissac, faisant communiquer les deux foyers purulents entre eux.

La petite malade est sortie guérie au bout de quinze jours.

CONCLUSIONS

1° Le phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire, quoique rare, existe plus souvent qu'on le croit;

2° Le diagnostic clinique de cette forme du phlegmon périnéphrétique est, dans la majorité de ces cas, impossible; ce n'est le plus souvent qu'au cours d'une intervention chirurgicale ou bien au cours d'une autopsie qu'on diagnostique cette forme;

3° En présence d'un phlegmon périnéphrétique, nous conseillons de faire un examen aux rayons X de la région lombaire. Cet examen radiographique pourrait, dans certains cas, indiquer, par l'existence des ombres dues à des collections purulentes, la forme multiloculaire du phlegmon;

4° Toutes les fois qu'on interviendra chirurgicalement pour un phlegmon périnéphrétique, il faudra penser à cette forme multiloculaire;

5° L'intervention chirurgicale doit être large; le chirurgien doit explorer avec le doigt et très attentivement le foyer incisé. Il doit rechercher les cloisons qui y existent et, au besoin, se servir de ponctions exploratrices pour découvrir les collections puru-

lentes plus ou moins proches du foyer incisé. Tous les foyers purulents doivent être ouverts et drainés ;

6° Enfin, c'est de cette intervention chirurgicale et de ce diagnostic anatomo-pathologique du phlegmon périnéphrétique que résulteront les bons ou mauvais résultats opératoires.

Vu : *Le Doyen,*
D^r C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 26 juin 1922.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Doyen délégué,
D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Pathogénie des périnéphrites. *Bulletin et mémoire de la Société de biologie*, 1889.
- Médecine opératoire des voies urinaires. Paris, Masson, 1909.
- BAZY. — Maladies des voies urinaires.
- BERGERET. — Phlegmons périnéphrétiques primitifs. *Presse médicale*, Paris, 1919.
- DUVERGEY et DAX. — Phlegmon périnéphrétique à forme aréolaire. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 20 février 1922.
- ENCYCLOPÉDIE française d'urologie.
- FÉRON. — Périnéphrites primitives. Thèse de Paris, 1860.
- FISSIGER. — Périnéphrites douloureuses et suppurées. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1918, t. XXXII.
- FOURRÉ. — Un cas de périnéphrite suppurée, *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1906, t. LXXIX, p. 6.
- FUSSEL (M.-H.). — A Roentgen ray sign of periniphretic abcess. *Cr. Ass. Am. Physicians Phila*, 1919, t. XXXIV, p. 298.
- GOLDENHORN. — Évacuation spontanée des abcès périnéphrétiques. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique médicale*, t. II, p. 740.
- GUYON. — Cliniques urologiques. Paris, J.-B. Baillière, 1894.
- HALLÉ. — Phlegmons périnéphrétiques. Thèse de Paris, 1863.
- LE DENTU. — Périnéphrites. Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales. Paris, Masson, 1889.
- LE FORT. — Phlegmons périnéphrétiques amicrobiens. *Presse médicale*, Paris, 1916, p. 524.
- LEGUEU. — Traité d'urologie. Paris, Alcan, 1910.
- Des périnéphrites à la suite de néphrectomie. *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1908, t. XXXIV, p. 276.

MARION. — Traité d'urologie. Paris, Masson, 1921.

NAUDET. — Du phlegmon périnéphrétique. Thèse de Paris, 1870.

NÈGRE. — Phlegmon périnéphrétique chez les enfants. Thèse de Montpellier, 1902-1903.

POUSSON. — Chirurgie des néphrites.

— Précis des maladies des voies urinaires.

RAYER. — Maladies des reins, t. III, p. 244.

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 740.

TUFFIER. — De la capsule adipeuse du rein. *Revue de chirurgie*, 1890.

